

氏名( )年齢( 歳)会社名・学校名( )  
 ( ) ( ) ( )  
 ( ) ( ) ( )

体温は何度でしたか？ ( 度)  
 1ヶ月以内に予防接種を受けたことがありますか ( 月 日)(いいえ)  
 1ヶ月以内に麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘にかかられましたか (はい)(いいえ)  
 または3週間以内に、それらの患者さんと接触されましたか (はい)(いいえ)  
 現在、医師にかかっている病気がありますか はい(病名 ) (いいえ)  
 今までにけいれんを起こしたことがありますか (はい)(いいえ)  
 妊娠、またはその可能性がありますか (はい)(いいえ)  
 食品でアレルギーが出たことがありますか はい( ) (いいえ)  
 ゼラチンアレルギーはありますか (はい) (いいえ)  
 くすりでアレルギー症状が出たことがありますか (はい)(いいえ)  
 心臓、肝臓、腎臓などの病気や川崎病にかかられたことはありますか (はい)(いいえ)  
 今までに予防接種で副反応が出たことがありますか はい( ) (いいえ)  
 家族や兄弟または親戚に予防接種を受けて具合が悪くなられた方がいますか (はい)(いいえ)  
 6ヶ月以内に輸血、ガンマグロブリンの注射を受けたことがありますか (はい)(いいえ)  
 ラテックス(天然ゴム)のアレルギーはありますか (はい)(いいえ)  
 アルコール消毒でかぶれたり赤くなったりしますか (はい)(いいえ)  
 過去に採血・注射等で気分が悪くなったことはありますか (はい)(いいえ)  
 今日の体調はいかがですか？調子の悪いところがありますか はい( ) (いいえ)  
 (本人又は保護者記入) 今日の接種を希望しますか (希望する)(見合わせます)

名前

(医師記入欄) 問診や診察をして接種の効果や副反応、健康被害についての説明をしました。

本日の接種は (可) (否) 医師サイン 小林 昌明

### 輸入ワクチン同意書

以下のワクチンは世界では広く使われていますが、日本では認可をされていません。この為ワクチンを輸入して使用しています。安全性と有効性は海外で確認されたワクチンです。すべてのワクチンはわずかながら重篤な副反応が起きる可能性があります。日本で認可されたワクチンには救済制度があります。輸入ワクチンには企業の補償が適応されます。

- |   |                    |                            |
|---|--------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> T-dap(青年用3種混合ワクチン) | Boostrix® GSK      |                            |
| <input type="checkbox"/> 狂犬病                | RABIVAX-S® SII     | Verorab® Sanofi Pasteur    |
| <input type="checkbox"/> 腸チフス               | Typbar®. TCV       | Bharat                     |
| <input type="checkbox"/> 日本脳炎               | JENVAC®            | Bharat                     |
| <input type="checkbox"/> ダニ脳炎               | FSME-Immun® Pfizer | FSME-Immun® Junior Pfizer  |
| <input type="checkbox"/> MMR                | Priorix®           | GSK                        |
| <input type="checkbox"/> A・B型肝炎混合           | Twinrix®           | GSK                        |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎               | Engerix-B®         | GSK                        |
| <input type="checkbox"/> A型肝炎               | Havrix1440®        | GSK AVAXIM® Sanofi Pasteur |

私は医師 小林昌明からこれらのワクチンの必要性、安全性、副反応、接種方法等の説明を受け、理解しましたのでこのワクチンの接種を承諾します。

名前

金山ファミリークリニック

